

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 14,35.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori della seduta sia assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso. Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti di medici e operatori dei consultori (Società italiana di ginecologia e ostetricia, Ordine nazionale degli psicologi, Ordine assistenti sociali, Sindacato unitario nazionale assistenti sociali) e della Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'applicazione della legge n. 194 del 1978, recante « Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza », in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari, l'audizione di rappresentanti di medici e operatori dei consultori (Società italiana di ginecologia e ostetricia, Ordine nazionale degli psicologi, Ordine assistenti sociali, Sindacato unitario nazionale assistenti sociali) e della Federazione italiana medici di famiglia (FIMMG).

Avverto che la Federazione italiana dei medici di famiglia ha comunicato di non poter partecipare all'audizione. I nostri primi interlocutori sono i rappresentanti dell'Ordine nazionale degli psicologi.

Saluto il dottor Pietro Angelo Sardi, presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi, e il dottor Mario Sellini, segretario generale dell'Associazione unitaria psicologi italiani, il sindacato di categoria.

Conoscete i motivi che hanno portato all'avvio di questa indagine conoscitiva e i problemi che sono stati sollevati e affrontati nelle audizioni precedenti, nelle quali abbiamo parlato dei consultori e delle strutture ospedaliere presso le quali si effettuano le interruzioni volontarie di gravidanza. È evidente che, con particolare riferimento alle IVG, l'indagine è stata voluta per capire come la legge possa essere applicata nella sua interezza e quale funzione possano e debbano svolgere i consultori, nell'ambito dell'applicazione della legge stessa.

Conseguentemente, è importante per noi ascoltare coloro che lavorano in prima linea, nei consultori e nei servizi ospedalieri dove si praticano le IVG — oltre ai ginecologi, gli psicologi, gli assistenti sociali e le ostetriche —, vale a dire coloro che, in maniera specifica, dovrebbero attuare nel migliore dei modi questo servizio.

Ricordo che, solitamente, le audizioni si svolgono secondo il seguente ordine: dopo la relazione degli auditi, che possono anche lasciare una documentazione scritta che rimane agli atti della Commissione, in modo che possano prenderne contezza anche i colleghi assenti, i parlamentari presenti, se lo ritengono, pongono delle domande e l'audizione si conclude con la replica dei soggetti auditi.

Do la parola al dottor Pietro Angelo Sardi, presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi.

PIETRO ANGELO SARDI, *Presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi*. Ho portato con me una memoria e un documento che riguarda il ruolo importante svolto, all'interno dell'*équipe* consultoriale, dagli psicologi.

Sicuramente siete in possesso di molti dati sull'applicazione della legge n. 194, anche per quel che riguarda il nostro ruolo. Ho portato anche un *report* che un nostro collega — uno psicologo consultoriale che è anche consigliere segretario dell'Ordine nazionale degli psicologi — ha consegnato alla sua regione, la Puglia. Il documento descrive chiaramente la funzione dello psicologo di prevenzione della IVG, sia nella fase iniziale — il primo contatto con la donna che avanza questa domanda — sia nelle due fasi successive, quando la donna viene accompagnata alle strutture di secondo e di terzo livello (il consultorio è ovviamente di primo livello) e, in seguito, per prevenire il problema delle recidive.

Credo che, nel primo e nell'ultimo momento, la funzione meramente preventiva dello psicologo sia chiarissima. È meno chiara la funzione dello psicologo durante l'interruzione volontaria di gravidanza. Questo è un equivoco che ci accomuna a moltissimi altri operatori. Basti pensare all'avvocato che difende un cliente o al sacerdote che non collabora con il giudice nel momento in cui gli si chiede di rivelare quello che ha ascoltato in confessione.

Tempo fa il ministro Castelli ci ha definiti « amici di Caino », per il rapporto che ci lega alle persone che si trovano in difficoltà, anche con la legge.

È ovvio che il lavoro dello psicologo, nella fase dell'interruzione di gravidanza, deve obbedire al nostro codice deontologico, che ci obbliga a non imporre le nostre convinzioni ideologiche, religiose, personali all'utente. In questo senso, certamente lo psicologo non punta a colpevolizzare ulteriormente la persona durante

la fase dell'interruzione di gravidanza. Non vorremmo che il lavoro di assistenza e di collateralità, che lo psicologo deve condurre in questi casi, venisse male interpretato.

Nella memoria che lascio agli atti ho citato gli articoli del nostro codice che regolano il nostro intervento professionale. Spero che tutto sia chiaro e che non si creino altri equivoci sulla nostra figura e sul nostro intervento.

Dal punto di vista operativo, faccio presente che alcuni consultori sono diretti dallo psicologo. È un lavoro d'*équipe*, e qualunque componente — a volte anche lo psicologo — può essere il direttore del servizio. In ogni caso, è evidente la nostra funzione preventiva. L'interruzione volontaria di gravidanza costituisce comunque e sempre un danno psicologico, e come tale, per definizione, viene contrastato dallo psicologo. Non si tratta, dunque, di una scelta ideologica, ma innanzitutto di una scelta professionale.

Noi ci auguriamo che questa indagine conoscitiva contribuisca a potenziare i nostri interventi e riduca, in questo senso, il danno psicologico che subiscono le donne che decidono di abortire.

Consegno alla Commissione i documenti che abbiamo preparato insieme ai colleghi che lavorano nei consultori.

MARIO SELLINI, *Segretario generale dell'Associazione unitaria psicologi italiani*. Sono il segretario generale del sindacato degli psicologi del Servizio sanitario nazionale. Come organizzazione sindacale di categoria, conosciamo concretamente il lavoro svolto dai nostri colleghi nei consultori familiari.

Vorrei aggiungere a quanto ha appena detto il nostro presidente alcuni elementi concreti, con i quali ci capita di doverci confrontare. Non mi riferisco solo a noi psicologi, ma a tutti gli operatori che lavorano nei consultori familiari. Non credo, infatti, che si possano porre distinzioni eccessive, in quanto parliamo di un servizio all'interno del quale diverse professionalità operano in *équipe*.

Forse non è questa la sede più opportuna per farlo, ma consentitemi comunque di esprimere una considerazione. Questa indagine conoscitiva, che considero opportuna, ha reso però un servizio piuttosto negativo, in termini di immagine, ai consultori familiari e ai loro operatori. Sembra quasi che chi lavora nel consultorio non abbia a cuore la difesa della vita. Credo, invece, di poter confermare e ribadire con forza che gli operatori dei consultori sono sicuramente in prima linea e i dati a disposizione del ministero della salute e delle regioni lo confermano.

Ovviamente, all'interno dei consultori di problemi ce ne sono molti. Tuttavia, vorrei far notare che il consultorio familiare non è l'unica struttura sanitaria attraverso la quale passa l'interruzione volontaria della gravidanza. Focalizzare tutta l'attenzione sul consultorio familiare, da questo punto di vista, credo che sia assolutamente riduttivo. Una donna, infatti, può tranquillamente rivolgersi ad un medico di fiducia per ottenere la certificazione.

Non tutte le strutture sono dotate del personale idoneo per supportare la donna in difficoltà. Un altro problema importante, con il quale ci confrontiamo tutti i giorni, è che in una situazione generale per cui il servizio sanitario nazionale ha risorse economiche definite (sono quelle e non sono espandibili), anzi in un momento in cui si deve ridurre la spesa, si tende a risparmiare sui servizi territoriali, e in particolar modo sul consultorio familiare.

In molte regioni — non credo sia il caso di citarle, comunque potremo sicuramente fornire i dati —, il personale dei consultori è sempre più precarizzato. Si tratta sempre più di personale che lavora ad ore e sempre meno incardinato nei servizi. Questo, ovviamente, riduce la funzionalità dei servizi stessi.

Come il consultorio familiare non è la sede unica alla quale la donna si rivolge per l'interruzione di gravidanza, così non vorremmo farlo apparire come il luogo in cui viene meno l'attenzione verso la donna e verso la maternità. La legge n. 194 assegna compiti ben precisi e specifica che

il consultorio deve informare la donna su tutti i servizi territoriali ai quali essa può rivolgersi. Ebbene, se i servizi territoriali non ci sono o non svolgono il proprio ruolo, non credo che questo debba essere attribuito alla responsabilità dei consultori e dei loro operatori. Il consultorio familiare deve svolgere un ruolo di connessione e di raccordo fra i problemi della donna e il territorio nel quale vive. Addossare a questa struttura anche la responsabilità di eventuali carenze degli altri servizi territoriali, a dir la verità, mi sembrerebbe eccessivo.

Sono convinto che gli psicologi dei consultori e tutti gli operatori svolgano appieno il proprio ruolo. Credo che un intervento più incisivo da parte delle regioni, che adesso hanno la responsabilità ultima dell'organizzazione sanitaria, possa sicuramente migliorare l'attività e la capacità di risposta rispetto a quello che noi consideriamo un vero dramma, quello delle donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza.

PRESIDENTE. Nel dare ora il benvenuto al professor Emilio Arisi e al dottor Carlo Maria Stigliano, membri del direttivo della SIGO, nonché alla dottoressa Giuseppina Zarella e alla dottoressa Clelia Capo, rappresentanti del Sindacato unitario nazionale assistenti sociali, ribadisco che questa indagine non ha un carattere ispettivo. L'obiettivo è quello di fotografare, meglio di quanto fa la relazione annuale, la situazione attuale dell'applicazione di questa legge, individuando eventualmente come e in quale ambito possa essere meglio attuata e incentivata. Per questo motivo abbiamo invitato tutti soggetti interessati, e tra questi le diverse associazioni. Tra le domande che vi poniamo, infatti, è se voi riteniate opportuna la presenza, all'interno dei consultori o delle strutture ospedaliere, di associazioni di qualunque tipo (laiche, cattoliche e via dicendo), per una collaborazione finalizzata all'attività di prevenzione. Fermo restando che nessuno di noi vuole assolutamente incentivare le interruzioni di gravidanza, deve rimanere saldo il principio

del rispetto delle decisioni della donna.

Ecco, vogliamo capire se vi siano state o meno richieste in tal senso e se, ove questo risultasse, la collaborazione tra le diverse componenti possa migliorare l'applicazione della legge n. 194 nel suo insieme. Probabilmente, infatti, una parte della legge è applicata meglio, una parte meno bene. Questo non significa un atto di accusa nei riguardi dell'attività dei consultori, né dei servizi ospedalieri, ma le difficoltà potrebbero essere di natura logistica.

Questa è la finalità della nostra indagine. Lo ripeto, non vi è nessun atto di accusa nei confronti di alcuno. Se dai giornali traspare qualcosa di diverso, vi assicuro che non coincide con il pensiero e con le intenzioni di questa Commissione, né dei richiedenti. A quasi 30 anni dall'approvazione della legge n. 194 e dall'istituzione dei consultori, si intende solo creare uno spazio di riflessione — qualcuno lo definisce rapido, qualcuno tardivo e qualcuno inutile —, per capire come si possa migliorare la legge n. 194 nella sua applicazione integrale, se non in questa, nella prossima legislatura.

Questa è la premessa, che vale per tutti. Nei giorni scorsi qualcuno ha lamentato di sentirsi indagato. Non è questo il principio che ci ispira, sia chiaro per tutti. Non stiamo conducendo un'inchiesta, anche perché indagare non rientra nelle nostre funzioni.

Do ora la parola al dottor Carlo Maria Stigliano e al dottor Emilio Arisi, della Società italiana di ostetricia e ginecologia.

CARLO MARIA STIGLIANO, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Faremo un intervento a due voci. Innanzitutto, per gli atti, desidero precisare che la SIGO, la Società italiana di ginecologia e ostetricia, rappresenta tutta la ginecologia italiana — il professor Palumbo lo sa bene — ed è, quindi, l'interfaccia dell'ufficialità scientifica e rappresentativa dei ginecologi italiani.

PRESIDENTE. Di tutti.

CARLO MARIA STIGLIANO, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Sì, veramente di tutti, non solamente di un settore.

In questa veste, siamo stati delegati a rappresentare la posizione della ginecologia italiana, che evidentemente non può che essere composita; tale posizione, dunque, non può essere preconcepita, né nei confronti dell'applicazione della legge n. 194 — che riteniamo una buona legge — né nei confronti di questa iniziativa del Parlamento.

Riteniamo, tuttavia, che questa indagine potrebbe essere interpretata come una sorta di forzatura nei confronti dell'attività degli operatori sanitari, dei ginecologi e di tutte le altre figure professionali che collaborano all'applicazione di una legge dello Stato. Questa, evidentemente, è una grossa preoccupazione.

Consideriamo che sia fondamentale dissipare — come credo stesse già facendo il presidente — ogni dubbio nell'opinione pubblica riguardo al fatto che possa trattarsi, più che di un'indagine conoscitiva, quasi di un'indagine il cui obiettivo è quello di esprimere un giudizio.

PRESIDENTE. Non abbiamo questi poteri.

CARLO MARIA STIGLIANO, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Certo. Insomma, è importante chiarire che non si intende esprimere un giudizio sull'attività di quanti quotidianamente svolgono un lavoro impegnativo in condizioni difficili.

In questo senso, esprimiamo una censura nei confronti di chi si è ricordato — sia ben chiaro, non parlo di parti politiche — dei consultori familiari soltanto in questo momento. I consultori familiari, come ben sanno tutti gli operatori, sono sottofinanziati, hanno problemi di personale che impediscono loro di svolgere serenamente un lavoro difficile, che comunque svolgono, di *counselling* e al tempo stesso prestazioni sanitarie.

È pur vero, tuttavia, che la legge viene applicata con grande correttezza: lo ri-

porta anche la relazione del ministro Storace al Parlamento, che tutti abbiamo letto. In linea generale, come Società italiana di ginecologia e ostetricia — il collega Arisi riferirà meglio di me dal punto di vista tecnico — riteniamo che bisognerà riflettere sul fatto che soltanto una parte delle donne che si rivolgono alle strutture socio-sanitarie per l'interruzione della gravidanza accedono ai consultori.

Questo non è giusto, perché i consultori avrebbero la possibilità di offrire soluzioni alternative e di indicare opportunità diverse alla donna, mentre una struttura puramente sanitaria, qual è quella ospedaliera, non può fare altrettanto, considerate le condizioni in cui è costretta ad operare. Pertanto, se si vuole una più puntuale applicazione della legge, perlomeno nello spirito della prevenzione, occorre mettere mani alla tasca: intendo dire che i consultori devono essere potenziati o, quantomeno, deve essere assicurato a queste strutture ciò che non hanno.

Sono responsabile di una serie di consultori, per conto della mia azienda sanitaria, in Calabria, e posso testimoniare le enormi difficoltà nel garantire, con il sacrificio degli operatori, il normale lavoro delle strutture consultoriali. Questo accade perché, purtroppo, non possiamo assumere personale per i noti vincoli di bilancio e non abbiamo nemmeno il personale previsto in pianta organica.

Gli strumenti di propaganda, che pure sarebbero opportuni per quanto riguarda un'ottimale limitazione del ricorso all'aborto, non siamo nelle condizioni di attivarli.

In conclusione, siamo perfettamente disponibili a collaborare con un'indagine conoscitiva, a patto, però, che si tratti di un'indagine virtuosa, che porti prima di tutto a rendersi conto che la legge viene applicata, e anche molto bene. È possibile, certamente, che ci siano delle sbavature, ma non per responsabilità degli operatori, quanto piuttosto a causa delle difficoltà oggettive derivanti dalla carenza di mezzi e, a volte, anche di strutture.

Un'ultima annotazione, riguarda le associazioni di volontariato. Ne esistono

tante, alcune ottime, e possono svolgere un ruolo importante. Tuttavia, considerato che abbiamo già difficoltà strutturali nel muoverci nelle nostre realtà socio-sanitarie, è bene evitare di correre il rischio di introdurre figure che non hanno una competenza specifica o che potrebbero portare una visione di parte — o, comunque, non oggettiva — del problema, creando situazioni conflittuali e di tensione, che finirebbero per ripercuotersi inevitabilmente sulle donne che si rivolgono a queste strutture socio-sanitarie. Pertanto, raccomandando di affrontare questo discorso con molta cautela.

Esistono tempi, opportunità e luoghi deputati ad un'azione di sostegno sociale alle donne in difficoltà. Non è detto che questa azione debba svolgersi all'interno di strutture che hanno compiti ben precisi, riconosciuti dalla legge e ben conosciuti dagli operatori.

PRESIDENTE. Vi pregherei di leggere, per opportuna conoscenza, i resoconti delle audizioni che abbiamo svolto in precedenza, che spesso contraddicono alcune vostre affermazioni, ad esempio sul problema della collaborazione con enti o associazioni di volontariato. Lo dico per una questione di chiarezza, perché le idee non sempre collimano.

CARLO MARIA STIGLIANO, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Non sono le mie idee, ma quelle dell'associazione.

PRESIDENTE. Lei naturalmente può dire tutto quello che vuole. Lei ha parlato di personale, e qui è stato messo spesso in rilievo che la mancanza di personale è legata anche a un problema di obiezione di coscienza. Se disponete di dati a questo riguardo, vi prego di riferirceli. Se, ad esempio, solo due ginecologi su trenta non sono obiettori, è chiaro che si verifica una carenza di personale. Non so quale sia la situazione del personale per quanto riguarda gli psicologi e gli assistenti sociali.

EMILIO ARISI, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecolo-*

gia e ostetricia. Innanzitutto ringrazio il presidente e questa Commissione per aver inserito anche la SIGO tra i soggetti da ascoltare nell'ambito di questa indagine conoscitiva.

Aggiungerò solo alcune note sintetiche a quanto hanno già riferito i miei colleghi. Come sa il presidente Palumbo, mi sono sempre interessato di questi argomenti, di conseguenza mi sforzerò di chiarire alcuni punti. Il problema dell'obiezione di coscienza, a cui anche il presidente accennava, è decisamente ingravescente con il passare del tempo. Credo che si debba mettere in conto un disinteresse rispetto alla problematica da parte delle nuove generazioni di ginecologi che, ahinoi, non sono maturate nel momento in cui il problema era più cogente e, di conseguenza, non vogliono assumersi la responsabilità di agire in termini socialmente importanti, in alcuni casi forse proprio per bieca comodità personale.

Come tutti sappiamo, la coscienza è talmente elastica che ciascuno di noi può farvi entrare e uscire tutto quello che gli pare. Mi sembra che questo sia un aspetto da tener presente. Questa è la mia personale sensazione, quella di chi si interessa di questi argomenti da tanto tempo e si guarda intorno, volgendo lo sguardo anche a reparti diversi da quello che ci riguarda più da vicino. Si tratta, peraltro, di una sensazione precisa, sebbene ovviamente non posso conoscere nel dettaglio i nomi delle singole persone interessate da questo discorso.

Possiamo dire — parlo a nome della SIGO — che i ginecologi, come tutti gli altri soggetti che operano nei consultori, lavorano con consapevolezza e onestà professionale. È possibile che si incontrino difficoltà di non agevole soluzione, perché non è sempre facile avere un rapporto immediato con chi risolve i problemi sociali. Ad esempio, se si ha bisogno della casa, non è pensabile che si trovi subito, di fronte al consultorio, il tizio...

PRESIDENTE. O il lavoro.

EMILIO ARISI, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecolo-*

gia e ostetricia. Esatto. La Società italiana di ginecologia e ostetricia si è data da fare, in questi ultimi anni, in questa direzione, ma credo che un nodo fondamentale sia quello della conoscenza e dell'informazione. Se esiste l'aborto, esiste anche la possibilità di limitarne il numero, e questo obiettivo lo si può raggiungere attraverso l'informazione nell'ambito della prevenzione e, in particolare, attraverso una diffusione della conoscenza e dell'utilizzo della contraccezione sicura. I due fenomeni, evidentemente, si incrociano: in diverse relazioni, come sa il professor Palumbo, ho rappresentato due frecce che si incrociano, che simboleggiano l'una l'aborto che cala, l'altra la contraccezione sicura.

Noi consideriamo l'esempio della contraccezione orale, perché è un dato sul quale abbiamo elementi di conoscenza certa (basta verificare il numero di pezzi venduti in farmacia per rendersi conto di quanto viene usata). I due fenomeni si incrociano in modo vicendevole: del resto, è perfino ovvio che se il 100 per cento delle donne in età fertile utilizzasse una contraccezione sicura al 100 per cento (cosa che non può essere, ovviamente), nessuna di queste rischierebbe di avere una gravidanza non desiderata.

Come tutti sanno, almeno nel 50 per cento dei casi, in media, le gravidanze non desiderate si concludono con un aborto volontario. Purtroppo per noi, questo dato raggiunge il 70-80 per cento quando si tratta di adolescenti. A maggior ragione, in questo caso è cogente l'impegno per l'informazione, dal momento che queste ragazze hanno davanti una prospettiva riproduttiva più lunga. In altre parole, se abortisce una quarantacinquenne — senza offesa, per carità — le sue prospettive...

TIZIANA VALPIANA. Ne abbiamo molti di più...

EMILIO ARISI, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia. È innegabile, tuttavia, che se nel problema incorre l'adolescente le prospettive riproduttive e le possibili difficoltà sono più rilevanti.*

Per questo motivo, credo che il vero problema sia quello dell'informazione. Facciamo quello che vogliamo, diciamo quello che vogliamo, ma aiutiamo ogni operazione di prevenzione che passi attraverso un'informazione seria e corretta. La nostra Società ne sta portando avanti un esempio concreto, attraverso un sito di informazione, che non cito per non fare pubblicità.

PRESIDENTE. Ma è la SIGO, non è un fatto privato.

EMILIO ARISI, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Va bene. Il sito si chiama *www.sceglitu.it*. Credo che sia evincibile dalla lettura di tutti i dati sull'aborto in Italia, in particolare di questi anni, che sono due i *target* fondamentali dell'informazione: le donne immigrate e le donne giovani. Se è vero che, negli ultimi anni, abbiamo assistito a un aumento degli aborti tra le donne più giovani, è anche vero che questo dato è influenzato dalla presenza crescente delle donne immigrate, che si riproducono più precocemente e in maniera più cospicua — in media, 4-5 volte in più — delle nostre. Se dobbiamo fare prevenzione attraverso l'informazione, è opportuno focalizzare l'attenzione su questi due elementi nodali.

Vi ringrazio per avermi ascoltato.

PRESIDENTE. Grazie a lei, dottor Arisi, anche per la brevità. Ricordo che purtroppo tra non molto i deputati saranno impegnati in aula.

Do ora la parola ai rappresentanti degli assistenti sociali.

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Sono presidente da pochissimo, quindi potremmo parlare di un debutto. A dire il vero, parlerei più opportunamente di ritorno, dal momento che alcuni anni fa sono stata consigliera nazionale. Colgo l'occasione per ringraziare la Commissione dell'invito che mi ha rivolto e per presen-

tare la collega Luisa Spisni, già vicepresidente, che ha seguito la questione in altre occasioni.

Credo di poter dire che quanto è stato riferito da chi ci ha preceduto è largamente condivisibile. Vorrei sottolineare che la questione dell'organizzazione dei consultori e della competenza delle regioni — certamente più incisiva di prima — rispetto all'organizzazione del settore sanitario, così come di quello sociale, è un punto nodale. Parlare di organizzazione significa, per noi, parlare anche di qualità del personale: intendo con ciò riferirmi alla qualifica professionale e alla qualità della stessa. Anche questo è un punto centrale, che riguarda, tra l'altro, il nostro sud, più che il nostro nord.

Il dottor Stigliano ha parlato delle difficoltà della Calabria, ma a noi risulta che anche in Puglia la rete consultoriale sia molto fragile. Tale situazione riguarda, comunque, molte regioni, sia dal punto di vista della strutturazione che da quello della presenza di personale. Mi corre l'obbligo di rimarcare spesso l'assenza di personale della parte sociale, quella che dovrebbe e potrebbe contribuire incisivamente alla fase di prevenzione che prevede l'informazione. Sto parlando di un'attività capillare, che non dovrebbe fermarsi alla divulgazione, ma includere anche il recepimento delle informazioni, altrimenti non si spiegherebbe il fenomeno delle recidive. È chiaro che anche l'informazione ha i suoi limiti, se non è recepita e introiettata come tale.

La seconda sottolineatura che voglio fare riguarda l'apporto delle associazioni di volontariato. È chiaro che, al di là della strutturazione e della presenza oggettiva di personale del settore sanitario e del settore sociale, l'attività consultoriale nel campo della prevenzione e dell'informazione prevede un lavoro di rete.

Nell'ambito di un'organizzazione e di un progetto di una parte pubblica — in questo caso un consultorio — strutturata con compiti ben precisi, il volontariato sicuramente può avere un ruolo e supportare certe attività. Se, invece, si pensa di supplire con il volontariato a una carenza

di personale e, a volte, a una carenza di obiettivi e di organizzazione, il suo apporto può risultare addirittura dannoso. Oggi, con le leggi vigenti, l'apporto del volontariato è possibile, a patto che non si pensi di renderlo una presenza fissa.

Non mi dilungo, per dare a tutti i presenti la possibilità di intervenire.

PRESIDENTE. Nessuno ha parlato di una presenza del volontariato stabile e definita per legge. Si è detto che, ove ce ne fossero la richiesta, l'opportunità e le condizioni, si potrebbe prevedere questa presenza. Nessuno ha sostenuto la necessità di collaborazione.

Nel corso delle audizioni che abbiamo svolto, alcuni soggetti hanno riferito di aver collaborato proficuamente con associazioni di volontariato, evidentemente — come ha detto bene la dottoressa Cava — strutturate in rete. In assenza di tale strutturazione, sono d'accordo nel ritenere che una collaborazione non avrebbe senso, anzi potrebbe costituire un intralcio al lavoro dei consultori. Il problema è capire se si possa attuare un'azione organica.

IORELLA CAVA, Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali. Forse ho calcolato la mano parlando di previsione legislativa della presenza del volontariato. Volevo semplicemente rimarcare che tale presenza in ospedale è già possibile. Tuttavia, per individuare dove manca e dove potrebbe essere utile, sarebbe più opportuno parlare in termini di organizzazione e di eventuali anelli mancanti. Fino a quando non si definisce la cornice entro la quale si può identificare un anello mancante, a mio avviso, l'apporto di altri soggetti può addirittura essere deleterio.

LUISA SPISNI, Membro del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali. Aggiungo poche parole all'intervento della dottoressa Cava, per sottolineare la necessità che il consultorio venga considerato come uno spazio importantissimo per le donne, soprattutto per le fasce più a rischio e più fragili. Dico questo perché il

consultorio dovrebbe essere un luogo dell'integrazione, intendendo per integrazione un intervento allargato, che garantisca alla persona in difficoltà una presa in carico del problema a 360 gradi. Questo è l'aspetto principale.

Devo rimarcare che gli aspetti relativi alla prevenzione, forse perché non hanno un ritorno immediato, spesso vengono trascurati. Gli effetti della prevenzione non si vedono, se non in tempi lunghi. Adesso si sottolinea tanto la necessità della prevenzione, ma dobbiamo ammettere che questa è stata disattesa per tanto tempo. I consultori, è innegabile, sono stati dimenticati a lungo.

Il personale sociale — forse la fascia più debole — spesso viene attinto dai distretti, ma mancano figure fisse all'interno dei consultori. Bisogna dare modo agli operatori di svolgere questa attività di prevenzione, che non può avere risultati se non è sostenuta da azioni continuative, che possono incidere nel tempo.

Per quanto riguarda la collaborazione con le associazioni di volontariato, devo dire che in alcune città della Toscana questa esperienza è già realtà, attraverso la stipula di convenzioni, e mi risulta che ci siano anche esperienze positive. Il problema sostanziale è che ognuno deve fare la sua parte. Dobbiamo ammettere, dottor Palumbo, che il discorso è nato intorno a un problema ben preciso, altrimenti non saremmo qui a discuterne. Sono felice, tuttavia, che si sia colta questa occasione per puntualizzare la questione.

Laddove il mandato preciso dell'istituzione pubblica viene mantenuto, allora è probabile che le strutture di volontariato entrino comunque all'interno del programma. Ad ogni modo, è giusto che si considerino le esperienze di collaborazione proficua, ma si dovrebbe anche verificare che i ruoli siano mantenuti, che le associazioni di volontariato intervengano solamente qualora esista la richiesta, l'utente sia informato, e via dicendo. Non è e non deve essere un passaggio obbligatorio, ma deve necessariamente prevedere la disponibilità della persona interessata. Proporrei, dunque, di valutare le

esperienze già in atto, in alcuni casi addirittura codificate attraverso delle convenzioni.

CLELIA CAPO, *Segretario amministrativo generale del Sindacato unitario nazionale assistenti sociali*. Ringrazio la Commissione dell'invito, che costituisce l'occasione per parlare della legge n. 194 e dei consultori. Non posso non trovarmi d'accordo con tutto quello che è stato detto finora riguardo alle azioni del consultorio che, attraverso progetti integrati tra sociale e sanitario, si muovono nella direzione del pieno rispetto della dignità della donna — direi meglio della coppia — e della sua riservatezza.

Condivido, altresì, l'analisi che rivela un aumento delle interruzioni volontarie di gravidanza nella fascia delle donne immigrate, delle nomadi e delle adolescenti.

È certamente importante svolgere un'indagine sul personale dei consultori. A parole si ribadisce da più parti la necessità di potenziare i consultori, ma nei fatti essi presentano per lo più una preoccupante carenza di personale. Per quanto riguarda la collaborazione delle associazioni di volontariato, è giusto che questa ci sia, ma prevedendo adeguati strumenti.

Al riguardo, posso riportare un'esperienza che a me sembra positiva. Lavoro in un consultorio della Campania, dove collaboriamo con le associazioni di volontariato, ma attraverso la stipula di protocolli di intesa. Siamo sempre noi a prendere in carico la donna e la famiglia e, con azioni integrate, sempre nel rispetto dei bisogni della donna, possiamo avvalerci degli aiuti delle associazioni di volontariato. Come dicevo, operiamo attraverso protocolli di intesa, nei quali chiariamo preventivamente chi deve intervenire, quando deve farlo, e via dicendo.

Vorrei sottolineare l'importanza della prevenzione. Io lavoro presso un consultorio e in uno spazio adolescenti. Quando ci rechiamo nelle scuole, non ci rivolgiamo ai ragazzi attraverso semplici relazioni, ma lavoriamo insieme a loro; con un metodo esperienziale, cerchiamo di portare i ragazzi ad una maturazione rispetto alle

scelte da compiere e di indurli a riflettere su quando si sentano pronti ad iniziare una vita sessuale, facendo presente che questo implica una responsabilità da parte loro.

Oltre alla prevenzione, è importantissimo il ruolo dell'informazione, possibilmente in lingue diverse, considerato l'aumento delle donne straniere.

In conclusione, vorrei sottolineare la carenza di personale sociale che, come prevede anche la legge n. 328, dovrebbe lavorare in rete con i servizi del comune, con i servizi del volontariato...

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Personale stabile, non con contratti a trenta giorni !

CLELIA CAPO, *Segretario amministrativo generale del Sindacato unitario nazionale assistenti sociali*. Sicuramente. Personale stabile, che dovrebbe sostenere la donna e contrastare le recidive. Credo che già il rappresentante degli psicologi abbia riferito che le donne che hanno avuto diverse esperienze di interruzioni volontarie di gravidanza vengono invitate presso i consultori e aiutate ad elaborare questo loro vissuto.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che intendano intervenire.

RICCARDO TAMBURRO. Signor presidente, desidero innanzitutto far presente che molti colleghi del gruppo di Forza Italia sono assenti perché, come lei sa, sono al funerale di un collega. Mi scuso con gli intervenuti e cercherò di rappresentare anche la posizione dei colleghi assenti.

Ho ascoltato con molta attenzione i diversi interventi e, proprio considerando lo spirito della nostra indagine, mi preme porre alcune domande. È chiaro che l'indagine ha un senso se alla sua conclusione riusciremo ad individuare insieme azioni da compiere o, al contrario, da evitare per migliorare l'attuazione della legge, che si traduce, ovviamente, in una riduzione del numero degli aborti.

Come abbiamo ascoltato, soltanto un terzo delle donne che si trovano ad avere una gravidanza indesiderata e decidono di interromperla si rivolgono ai consultori, mentre i restanti due terzi compiono scelte diverse. Questo è un dato che mi preme approfondire, poiché mi interessa capire quali sono le motivazioni che inducono la donna a bypassare il consultorio. Potremmo pensare che la rete dei consultori sia insufficiente, e forse in qualcuno degli interventi che abbiamo ascoltato questo dato è emerso; potrebbe anche darsi che il consultorio non offra la giusta immagine di sé, dunque non infonda le opportune sicurezze e garanzie, oppure che molte delle donne che si trovano in queste condizioni abbiano già le idee chiare in proposito, quindi ritengono di bypassare questa rete. Tuttavia, è importante rispondere a questa domanda e approfondire questo dato, per capire se sia necessario prevedere degli investimenti e, nel caso, come attuarli.

Vorrei, altresì, che la risposta a questa domanda fosse accompagnata da una riflessione su un altro dato. Mettiamo da parte, per un momento, le grosse aree metropolitane e concentriamoci sulle piccole realtà. Andando a confrontare — riporto una mia esperienza —, in un dato ospedale, in una data area, in una data ASL, la residenza delle donne che decidono di praticare l'interruzione volontaria di gravidanza, ho scoperto che per la maggior parte si tratta di donne che risiedono in luoghi molto distanti dall'ospedale, spesso addirittura fuori regione. A mio parere, questo è un dato che deve far riflettere.

La mia interpretazione è che la donna, al fine di tutelare la propria *privacy*, preferisca praticare l'IVG in un ospedale lontano dal luogo in cui risiede, dove quindi non è conosciuta. Partendo da questa riflessione, che peraltro scaturisce dall'esperienza che ho citato, mi chiedo — e vi chiedo — se non sia necessario migliorare, nei consultori, la tutela della *privacy*.

A me risulta strano che i due terzi delle donne decidano di rinunciare ad un ser-

vizio gratuito e comunque professionale. Se questo accade, una motivazione deve pur esserci. Vi prego, dunque, di riflettere su questo aspetto, che a mio avviso è molto importante.

Per quanto riguarda le recidive, nel momento in cui la donna presa in carico dal consultorio decida comunque di procedere con l'interruzione di gravidanza, assume una decisione consapevole, ma accade che, nel tempo, ripeta questa esperienza. Ebbene, vorrei conoscere la percentuale di donne che, nonostante il passaggio all'interno del consultorio, nonostante la consapevolezza dell'esistenza di alternative quali la contraccezione, ricadono nello stesso errore di trovarsi ad affrontare una gravidanza indesiderata. Se il fenomeno è di una certa entità, che cosa possiamo fare?

GRAZIA LABATE. Anch'io rivolgo un ringraziamento sostanziale e assolutamente non formale ai soggetti intervenuti, la cui audizione rappresenta per noi un momento molto importante, trattandosi degli operatori professionali di una struttura — il consultorio — tanto amata e tanto accusata. Mi dispiace di non aver potuto ascoltare gli interventi dei rappresentanti degli psicologi (ero impegnata in un'altra Commissione), ma ho letto gli appunti del collega Giacco.

Si rafforza ogni giorno di più la convinzione che questa indagine conoscitiva abbia una natura strumentale. Le argomentazioni che abbiamo ascoltato in questa sede fanno parte già di un bagaglio molto alto di conoscenza nel nostro paese. Attraverso Internet, tutti i documenti della SIGO, dell'Ordine nazionale degli assistenti sociali e dell'Ordine nazionale degli psicologi sono noti da anni.

Il Senato, ad esempio, a differenza di quanto abbiamo fatto noi, ha compiuto una ponderosa indagine conoscitiva sul tema della maternità pubblicata in due volumi. Quanto da voi affermato oggi fa già parte di un bagaglio di conoscenze, ma credo chiami in causa la coerenza delle istituzioni e della politica.

Questo mi sembra che emerga, e tutti quanti dobbiamo constatare, ad oltre trenta anni dalla entrata in vigore della legge istitutiva dei consultori, che l'obiettivo di uno ogni ventimila abitanti non è stato raggiunto.

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Giusto trenta anni!

GRAZIA LABATE. Esatto, dal 1975 al 2005. Purtroppo, l'obiettivo previsto dalla legge non è stato raggiunto. Con il professor Arisi si studiò che il rapporto ottimale per offrire tutta la gamma di funzioni, che abbiamo chiamato di frontiera tra il sociale e il sanitario, doveva essere almeno di un consultorio ogni ventimila abitanti, pena il fatto che la struttura avrebbe prodotto non per la totalità delle funzioni che deve esprimere, ma per una parzialità.

Cogliendo l'occasione della presenza dei rappresentanti della SIGO, degli psicologi e degli assistenti sociali, vorrei porre alcune domande. Voi ci dite che c'è una scarsità di completezza delle figure professionali, che quando c'è questa è precaria ed avviene con forme di convenzionamento, gettonamento o quant'altro, che sull'esperienza dei ginecologi, che è un po' più strutturata, incide l'obiezione di coscienza, e in molte realtà regionali si deve fare un contratto particolare per garantire il servizio; ebbene, fatta questa premessa, vengo alle domande.

La nostra indagine conoscitiva ritaglia solo un pezzo del problema, ma noi sappiamo che la funzione consultoriale è molto più vasta, anzi, se dovessi parlare in base alla mia esperienza istituzionale, direi che i consultori hanno affrontato più il tema della maternità (progetti nascita, preparazione al parto, eccetera) che non il tema della contraccezione o dell'informazione. Vi domando, quindi, se siate d'accordo con questa mia affermazione. In tutta Italia noto una grande quantità di progetti nascita, di corsi di preparazione al parto, una grande quantità di collegamenti territorio-ospedale per produrre, anche

sul parto, modalità diverse, ma la contraccezione mi sembra sia rimasta un po' la Cenerentola del problema, tanto che i dati ce lo confermano in termini di recidività o di giovani che non vengono raggiunte da una corretta politica informativa e di controllo della propria fertilità.

Dai vostri discorsi ho percepito che questo è il tema, ma chiederei alla SIGO e agli psicologi se sia vero quanto si dice, e cioè se questa struttura abbia subito un processo di sanitarizzazione forzata.

La dottoressa Cava ha chiaramente esposto non la sua opinione, ma lo spirito della legge. Questa indagine conoscitiva ci sta portando una quantità di informazioni che mi convincono che i dati e la conoscenza al riguardo già c'erano e che, a fine legislatura, non è opportuno fare un'indagine conoscitiva che poi non trova la necessaria coerenza. Tuttavia, la stiamo facendo e con questo spirito voglio andare avanti.

Vi domando, pertanto, in base alla vostra esperienza quotidiana, quanti casi a voi risultano su questo delicatissimo tema dell'applicazione dell'articolo 2 della legge n. 194. Ovviamente, non pretendo un numero scientificamente provato, ma vorrei fare anch'io come le assistenti sociali, nel senso che è molto più importante basarsi sulla esperienza, trattandosi di materia tanto delicata.

Mi piacerebbe conoscere da voi, in base alla vostra esperienza, se i casi di buona collaborazione tra struttura pubblica e rete dell'associazionismo e del volontariato vi abbiano portato a considerare che c'è un ripensamento della decisione da parte delle donne. Ve lo chiedo perché nelle audizioni precedenti è stato affermato un dato, non so quanto scientificamente corretto — e per questo lo chiedo a voi che fate un'esperienza quotidiana —, in base al quale, in realtà, laddove si instaura questa buona collaborazione, ci sarebbe un 5 per cento di remissione della decisione iniziale di interrompere la gravidanza.

Per me si tratta sempre di un risultato positivo quando, ovviamente, non è una coazione della volontà ma è la soluzione di un problema di ordine economico, sociale

o psicologico. È molto rilevante riuscire in questo intento, a patto che non vi sia suasioni o coazioni, ma rispetto della volontà e incrocio di possibili risposte. Mi piacerebbe molto ascoltare se davvero la vostra esperienza vi dice che, laddove collaboriamo bene, in effetti le cose vanno meglio. Se vanno meglio vuol dire che se, ad esempio, ho il problema della casa qualcuno mi ha aiutato a risolverlo, o se, ancora, ho un problema di lavoro precario qualcuno vi ha posto rimedio.

Dai nostri dati ufficiali e dalle relazioni ministeriali emerge la fascia di età, con la recidività delle giovani. Anche ieri abbiamo ascoltato il rappresentante del Ministero della giustizia, e non ci pare, dai dati ufficiali, che la decisione di interrompere la gravidanza giunga perché il 99 per cento delle motivazioni sono dell'ordine di quelle di cui parlavo prima. Sarei, quindi, dell'idea di andare fino in fondo, in modo da eliminare ideologismi e strumentalità. Mi piacerebbe moltissimo capire, dalla vostra esperienza, quanto questo accada e se, effettivamente, produca dei risultati, posto che starà poi a noi tirare le conclusioni.

Mi auguro che la conclusione principale — ma purtroppo non ci si riesce da cinque anni, con nessuna legge finanziaria — sia quella di incrementare le risorse economiche e le figure professionali intorno a questi servizi di frontiera che o si affermano, oppure tutto rischia di rimanere un problema insoluto a causa della mancanza della volontà delle istituzioni di affrontare, nel merito, servizi moderni confacenti ai bisogni umani, sociali e di salute che hanno i cittadini e le cittadine italiane.

TIZIANA VALPIANA. Anch'io volevo ringraziare i nostri ospiti e, nello stesso tempo, scusarmi per essere arrivata in ritardo, ma purtroppo i lavori parlamentari spesso si accavallano in sedi diverse. Mi scuso, quindi, per non aver ascoltato le relazioni. Fortunatamente, di questa indagine conoscitiva abbiamo il resoconto ste-

nografico, per cui sarà mia cura leggere e apprendere le considerazioni, sicuramente interessanti, che avete svolto.

Al di là di questo, sono molto contenta dell'incontro di oggi, anche se appare bizzarro che chi, come noi, non ha partecipato alla votazione per l'avvio di questa indagine conoscitiva, astenendosi, poi partecipa di più a questi incontri e cerca di apportare le proprie competenze e le proprie conoscenze.

PRESIDENTE. L'altro giorno ci sono stati tutti.

TIZIANA VALPIANA. Era una constatazione. Così com'era nata questa indagine conoscitiva e com'era stata dipinta sui giornali, essa voleva essere più una messa sotto accusa dei consultori familiari, piuttosto che una serie di audizioni che producessero risultati. Addirittura, da parte del ministro, era stato detto che, in realtà, i consultori non sono altro che dei centri di distribuzione di certificati per l'interruzione volontaria della gravidanza e che, quindi, questo ruolo era da ridiscutere, riabilitare e rinobilitare con l'inserimento dei volontari.

Quello che, invece, vedo oggi, e che mi fa molto piacere, è che finalmente riusciamo ad intenderci, almeno sui termini, nel senso che abbiamo discusso dell'importanza fondamentale della prevenzione per la riduzione del numero di interruzioni volontarie di gravidanza e abbiamo detto che la prevenzione è la contraccezione sicura. Potrebbe sembrare ovvio, ma non lo è stato, ad esempio, durante l'audizione con il ministro, il quale ha dichiarato che la sicurezza nella contraccezione — e riferisco le testuali parole riportate nel resoconto stenografico — lui la vede solo per quello che riguarda il preservativo per la prevenzione dell'AIDS e che tutto il resto non lo considera prevenzione. L'unica vera prevenzione che lui vede per l'aborto, invece, è il differenziale tra le donne che si recano alla richiesta del certificato per interrompere la gravidanza e quelle che ne escono senza: questa è la sua prevenzione. Un limite estremo, che

molte volte credo sia più una coercizione della coscienza che una risoluzione dei problemi reali.

La mia domanda, pertanto, è esattamente sulla contraccezione. Mi sembra, avendo lavorato nei consultori negli anni '70, che oggi su questo aspetto si sia invece tornati indietro, che ci sia molta meno diffusione — e penso alle scuole e ai luoghi dove le giovani generazioni si incontrano — delle conoscenze e delle informazioni sulla contraccezione, e questo mi fa molta paura. Come potremmo pensare di incrementare tale aspetto? Quali professionalità, qualifiche, competenze sono necessarie?

L'altro aspetto su cui vorrei soffermarmi è quello, famoso, dell'apporto del volontariato. La parola «volontariato» a me non è mai piaciuta, nel senso che, spesso, il volontario offre ciò che volontariamente ritiene di dover dare e non è, invece, la richiesta dell'utenza e delle persone che porta all'offerta di ciò di cui c'è necessità. Preferisco parlare, invece, come dice la legge, di associazioni, di gruppi di promozione sociale, che sono delle realtà associative di tipo strutturato e che possono garantire un apporto continuativo nel tempo.

Mi piacerebbe poi che ricordassimo che non esiste solo il volontariato cattolico ma che vi sono molte associazioni laiche, e direi, anzi, che su questi temi sono esistite prima le associazioni laiche. L'ho già ricordato quando abbiamo sentito l'AIED; proprio da un'audizione dell'AIED in questa Commissione, negli anni '70, è nata l'ipotesi dell'introduzione del personale volontario all'interno dei consultori. Lo spirito, però, era completamente diverso e opposto, lo spirito cioè di chi, lavorando da vent'anni su quei temi — l'AIED ha aperto i primi consultori nel 1953 —, si era messo a disposizione per fare da tramite ed aiutare questa nuova struttura pubblica a crearsi una filosofia di lavoro, una conoscenza, un *know how*, per poi scomparire, come effettivamente deve fare il volontariato.

Vi chiedo, pertanto, quale ruolo nuovo vedreste per il volontariato, e non certo quello di entrare all'interno dei consultori

pubblici che, lo constatiamo e l'abbiamo sentito anche oggi, hanno già competenze e capacità e hanno solo bisogno di fondi e di personale per poter lavorare, oltre ad un numero diverso di consultori, uno ogni ventimila abitanti, come appunto è previsto nella legge n. 34 del 1996. E mi piace ricordarlo, dato che quello era un mio emendamento ed è una delle poche cose buone che ho fatto durante la mia carriera parlamentare.

Che ruolo potrebbe avere, quindi, il volontariato, per indicare nuovi servizi, per aprire strade nuove rispetto alle attuali necessità?

Faccio due brevi esempi. Io vengo dal Veneto, una regione in cui, da molti decenni, ad esempio, i consultori AIED avevano convenzioni con la regione per l'attività consultoriale. Nelle ultime due legislature, con l'avvento del presidente Galan, le convenzioni sono state scisse e sono subentrati i finanziamenti a progetto, quindi andando a togliere la continuità del lavoro e non permettendo il lavoro in rete con i consultori pubblici; questo perché finanziando i progetti, si va a perdere la continuità di lavoro.

L'altra esperienza che vorrei citare è quella del centro Melograno di Verona, associazione di promozione sociale, che ha gestito lo spazio mamma-bambino nel campo nomadi della città. Un'esperienza estremamente interessante, poi conclusasi per altri aspetti legati alla politica locale, in cui, pian piano, il lavoro è stato proprio quello di aiutare le donne nomadi, attraverso la mediazione culturale, a recarsi al consultorio familiare, ad avvicinarsi a questa struttura, a farle entrare nei corsi di preparazione alla nascita — quelle incinte — a fare un discorso sulla contraccezione che non può essere, con loro, solo di tipo sanitario, ma assolutamente di tipo sociale e culturale, proprio perché molto lontano dalla loro cultura.

Credo che il ruolo che le associazioni esterne possono avere rispetto ai consultori pubblici è quello di buttarsi un po' in avanti, di aprire le strade, di essere tramite rispetto ai nuovi bisogni che

il consultorio indica, mantenendo il consultorio pubblico come capofila e come aiuto.

L'ultima domanda — alla quale credo sia stata data già una risposta — riguarda il discorso sull'obiezione di coscienza. Credo che l'obiezione di coscienza, che è un diritto che va garantito al singolo, non possa essere un diritto della struttura. Non possono esistere strutture che fanno obiezione di coscienza. Nella mia regione, invece, ci sono, nel senso che si qualificano come mancanza di servizio pubblico che, invece, la legge garantisce, una legge a tutto tondo com'è la legge n. 194.

Come possiamo, quindi, trovare una soluzione a questo problema, dato che il servizio pubblico deve essere offerto nella sua interezza, indipendentemente dalle scelte del singolo?

LUIGI GIACCO. Per quanto mi riguarda, considerati i tempi a disposizione, porrò solo due domande.

PRESIDENTE. Ne faccia una sola...!

LUIGI GIACCO. Va bene, ne farò una su due aspetti. Innanzitutto l'aspetto della focalizzazione della prevenzione e contraccezione; da questo punto di vista penso che sia estremamente importante la funzione del consultorio, che invece viene visto in maniera negativa, o che svolge solo una funzione di certificazione.

Ritengo che il consultorio debba sempre più avere una rivalutazione rispetto alle finalità legislative. Chiedo, quindi, ai vari operatori, psicologi, assistenti sociali e medici, come riuscire a far sì che questo avvenga. Per quanto riguarda gli assistenti sociali vorrei sapere se, effettivamente, nei consultori ci sia più una prevalenza, chiamiamola così, sanitaria rispetto a quella sociale.

Un secondo aspetto riguarda il fatto che, soprattutto negli ultimi tempi, si sono verificate situazioni eclatanti anche dal punto di vista massmediatico, come ad esempio l'abbandono dei bambini nei cassonetti o quant'altro. Si tratta di dare la possibilità di conoscere come la legisla-

zione italiana permetta l'anonimato nel momento in cui si fa nascere un bambino. Da questo punto di vista il Ministero per le pari opportunità, anche dietro sollecitazione di diverse mie interrogazioni, ha già intrapreso un percorso. Chiaramente, c'è bisogno di mediatori culturali e quant'altro per far conoscere questa situazione.

ANNA MARIA LEONE. Essendo io una delle firmatarie della richiesta dell'indagine conoscitiva, credo di dover dare delle risposte. Anche oggi è emersa questa falsa interpretazione delle motivazioni che ci hanno indotti a chiedere l'indagine. Al di là del fatto che si sia, o meno, a fine legislatura, credo che i risultati possano diventare motivo di ulteriore approfondimento, come poi dirò a conclusione del mio breve intervento, e possano altresì diventare base di partenza per la prossima legislatura.

Faccio mie le parole del dottor Sardi, se me lo consente, quando osserva che il codice deontologico degli psicologi prevede di non obbligare l'utente, la persona che a loro si rivolge, piegandola all'idea o alle convinzioni dell'operatore. Ecco, è questo lo stesso obiettivo che noi abbiamo individuato. Noi, gli esponenti della mia parte politica ma anche altri, abbiamo dei consultori, dell'applicazione della legge n. 194, un'idea di volontà di rispetto verso una legge dello Stato. E, allora, comincia a disturbarmi questa volontà di continuare a sostenere che noi abbiamo voluto l'indagine per scopi diversi da quelli che sono nella realtà. L'interpretazione autentica, e che chiedo che venga accettata definitivamente, è quella di fare in modo che la legge n. 194 sia applicata in tutte le sue parti.

Quanto sta emergendo da queste prime audizioni è un fatto inconfutabile: riguardo ai consultori ci sono posizioni diversificate, riguardo all'applicazione della legge ci sono diversità di interpretazione, che anche oggi sono emerse. Vi è chi sostiene che funzionano, pur ammettendone i limiti, e questo è uno degli aspetti positivi che sta cogliendo l'indagine. Per una serie di motivi, dal 1975 in poi i

consultori sono diventati la parte povera dei finanziamenti, dei progetti, anche dei legislatori, e probabilmente anche in questa legislatura.

È da poco che sono in questa Commissione, ma non ho ancora capito — eppure l'ho letto con molta attenzione — quel progetto del quale mi ha parlato la collega Labate. Ancora non capisco perché non sia stato finanziato: parlo del progetto dell'aiuto alla maternità. Indubbiamente, ci possono essere state delle inadeguatezze e non abbiamo dato risposte positive.

Oggi, però, emerge che anche relativamente al funzionamento dei consultori, a monte, queste contraddizioni portano a dover spiegare perché — qualche collega l'ha già posta, e io mi ritrovo in questa domanda — le donne saltano il passaggio dei consultori e perché si cerca di tagliare i finanziamenti. Forse perché, dopo trent'anni, i consultori hanno bisogno di una rimotivazione della loro utilità e validità. Forse perché abbiamo voluto ideologizzare troppo e abbiamo voluto — chi non era d'accordo — eliminarli o — chi invece li voleva tenere — indirizzarci solo verso un'unica direzione.

Avrei una serie di domande da porre, però, purtroppo, non c'è più tempo.

Ieri, l'onorevole sottosegretario Santelli, nella sua relazione — dico questo perché è collegato con quanto affermato in alcuni interventi, in più di uno, con riferimento alle adolescenti e alle minorenni — diceva che l'80 per cento delle motivazioni che le adolescenti pongono al giudice tutelare per avere l'autorizzazione all'interruzione di gravidanza sono di ordine psicologico. Che cosa può essere effettivamente fatto — e qui mi interrogo e vengono meno tante certezze che avevo — per un'educazione alla procreazione, alla sessualità?

Un'ultima domanda: quanto il passaggio alle ASL ha favorito la sanitarizzazione del consultorio?

PRESIDENTE. Non mi è ancora chiaro il rapporto tra struttura ospedaliera dove si pratica l'aborto e struttura consultoriale. Lo dico in maniera più chiara: non capisco se voi preferireste che i consultori

rientrassero nell'ambito dell'ospedale. Quello che si evidenzia spesso è una distanza tra la struttura consultoriale e la struttura clinica, chiamiamola così. Infatti, solo un terzo delle donne passano dai consultori, due terzi no. Questi due terzi, però, sono quelli, almeno per quello che si sta evidenziando finora, per i quali probabilmente la prevenzione viene attuata di meno.

CLELIA CAPO, *Segretario amministrativo generale del Sindacato unitario nazionale assistenti sociali.* È la legge che lo consente!

PRESIDENTE. Invito a dare una risposta organica ai quesiti posti.

CARLO MARIA STIGLIANO, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia.* Credo che, intanto, occorra acquisire un dato « forte », e cioè che le donne italiane sono molto più mature di quanto si possa immaginare, nel momento in cui a chiunque possa venire in mente che, a seconda del posto dove vanno, esse abortiscono, non abortiscono, o abortiscono di meno.

Il ricorso all'aborto, in linea di massima — non insegno ovviamente niente a nessuno e men che meno al presidente —, è un ricorso ad un rimedio estremo. Poco incide, o può incidere, l'interfaccia rispetto a questo problema. Non si può pensare che se ci fossero strutture diverse, o se la gestione di questo problema avvenisse in un posto anziché in un altro, si avrebbero risultati eclatanti in un senso o nell'altro, perché evidentemente se pensassimo questo faremmo torto alle donne italiane. Non credo che i nostri illustri rappresentanti possano minimamente pensare ciò.

Per le limature, che pure possono esserci, questo dipende, intanto, dalla competenza e preparazione del personale, dalle strutture, come ho già detto, ed anche dalla possibilità di dare una maggiore disponibilità di tempo — è il discorso degli operatori — e una maggior riservatezza.

Per quanto riguarda il ricorso all'alternativa « zonale » per l'interruzione volontaria di gravidanza, questo risponde, ovviamente, a scelte individuali che riguardano non soltanto il posto in cui, materialmente, si opera, ma anche dove si effettua la richiesta e la messa in moto della procedura. In centri piccoli, ovviamente, è aumentato il ricorso ad una struttura diversa. Anche per chiedere un prestito ad una banca non ci si reca nella banca di fronte casa, ma magari in una più lontana.

Per quanto riguarda i dati, forse ci si riferiva ad un'indagine molto limitata, perché i dati ufficiali dell'ISTAT non confermano quella percezione. Attraverso i dati dell'ISTAT, letti dal ministro, l'88 per cento delle donne ricorre all'aborto nella propria provincia, quindi non c'è un grosso spostamento, c'è soltanto uno spostamento fisiologico.

Circa la richiesta del presidente per quanto concerne il discorso dell'integrazione, le aziende sanitarie e le ASL sono nate proprio per favorire questa integrazione. Laddove questo manca, la causa è un'altra. Chi vi parla porta una testimonianza, nel senso che io sono un medico ospedaliero che da qualche anno non è più tale, in quanto sono passato al cosiddetto territorio e dirigo il consultorio in una struttura di ginecologia preventiva, quindi faccio da *trait d'union*. Come diceva qualcuno, le idee camminano sulle gambe delle persone: ebbene, laddove questa tradizione di integrazione territorio-azienda sanitaria-azienda ospedaliera manca, inevitabilmente c'è una dicotomia.

In questo senso si può sicuramente lavorare, ma dando anche contesti legislativi certi, che oggi mancano. Non è prevista, per esempio, una qualche corsia preferenziale — e basterebbe poco per prevederla, signor presidente — per le donne che vengono non solo per l'aborto, ma anche per il parto. Non c'è. Non esiste nulla di codificato che avvantaggi le donne che provengono dalla struttura consultoriale, di qualunque colorazione sia, rispetto a quelle che provengono dall'ospedale. Anzi, laddove la medicina privati-

stica, o perlomeno l'interpretazione privatistica della medicina, come per esempio nelle regioni meridionali, è più forte, le donne che provengono dai consultori si sentono anche svantaggiate rispetto a quelle donne che provengono da studi professionali privati di professionisti che operano in ospedale.

È un compito che voi dovrete svolgere agevolmente, quello cioè di emanare regolamenti, anche semplici, di integrazione tra le strutture territoriali e quelle ospedaliere. E questo è facile da fare, rapido e a costo zero. Questa, per esempio, è un'utile ricaduta di questo tipo di incontri.

C'è, infine, un ultimo aspetto, relativo alla sanitizzazione. Io ho rapporti con le psicologhe, con gli assistenti sociali che mi rinfacciano una certa prevalenza della struttura sanitaria. Non so se questo è, ma tutto è possibile. Attenzione, però, che se anche i consultori fossero in grado di svolgere già soltanto all'80 per cento l'aspetto sanitario, oltre che quello sociale, sarebbe comunque una conquista nel nostro paese di una medicina pubblica, sociale, realmente vicina ai bisogni della gente. Quindi, non è un fatto negativo, anche se va bilanciato e organizzato.

EMILIO ARISI, *Membro del Consiglio direttivo della Società italiana di ginecologia e ostetricia*. Credo di dover dare tre risposte telegrafiche. Innanzitutto, essendo padre fondatore di circa 2 mila consultori italiani, vale la pena che dica qualcosa a proposito.

Io ho sempre detto una cosa molto importante. Il consultorio non basta che venga aperto, ma, con una buona operazione di *marketing*, esso deve continuamente dare segno di sé, proporsi e riproporsi. Questo è fondamentale, perché la gente se ne dimentica. È quanto succede, senza offesa, per qualsiasi negozio o qualsiasi impresa. Mi pare molto importante che si attui, o si faciliti, questa riproposizione continua della presenza sul territorio.

Rispetto al discorso delle residenze e delle recidive vorrei tranquillizzare i colleghi. È già stato detto, ed io mi fido di

quel che si dice nella relazione: è poca cosa, e addirittura le recidive sono meno di quanto ci si dovrebbe aspettare in termini di riproduttività biologica, basale delle nostre popolazioni.

Esprimo un'ultima osservazione su come incrementare quel rapporto inverso tra contraccezione e aborto. Al riguardo ho scritto tante cose, il mio amico e collega Palumbo lo sa, e posso anche inviare un documento, se può essere di qualche interesse; dopodichè credo che sia molto importante influenzare l'educazione sessuale nelle scuole, perché è lì che bisogna intervenire. Qualunque cosa si dica, purtroppo, è in quell'ambito che ci sono le difficoltà.

Io sono presidente dell'UICEMP, che fa parte dell'IPPF — una nostra rappresentante è venuta nei giorni scorsi —; ebbene, le associazioni federate nell'IPPF, nel nord Europa, hanno fatto un'operazione di questo tipo, proponendosi di agire sull'educazione sessuale negli adolescenti, e hanno valutato nel tempo, sul campo, come l'abortività negli adolescenti si riduca, e mi ricollego a quanto detto prima.

Ci sarebbero, poi, altre questioni interessantissime a cui rispondere, ma non voglio rubare tempo ai colleghi.

ANGELO PIETRO SARDI, *Presidente dell'Ordine nazionale degli psicologi*. Vi vorrei, intanto, ringraziare per le precisazioni fatte, perché, visto l'andazzo giornalistico, riferirò volentieri ai colleghi che non si trattava di una inquisizione, nel modo più assoluto. I problemi sono emersi, come ad esempio quello della riservatezza, di quel 70 per cento che non si rivolge ai consultori, e così via.

In questo senso, visto che l'indagine è veramente utile, vorrei mettere a disposizione la struttura ordinistica, dove pure ci sono problemi di riservatezza. Sul problema della pedofilia e degli abusi, ad esempio, stiamo collaborando, come ordine, con il Ministero per le pari opportunità, per fare emergere i problemi che anche negli studi privati dei nostri colleghi alla fine vengono conosciuti.

A volte, ad esempio, si sa come è andato un aborto dieci anni dopo, perché dieci anni dopo compare un sintomo che ritorna, e il fenomeno può essere ride-scritto a posteriori. E questo, se credete, si può fare senza oneri. Noi, come ordine, lo stiamo facendo senza oneri in collaborazione con le organizzazioni sindacali che possono, invece, essere più utili sulle disfunzioni del rapporto con le altre organizzazioni di volontariato e sui problemi che emergono.

Si può dare una risposta a tutte le domande che ci sono state rivolte, veramente interessanti, se si raccolgono tutte, vanno a finire in un questionario, che molto banalmente l'ordine pubblica sul suo bollettino, e l'intera classe — in questo caso dico degli psicologi, ma penso anche agli assistenti sociali, ai ginecologi e agli altri colleghi — raccoglie le risposte; ebbene, a questo punto, davvero, questa indagine sarebbe un grosso passo in avanti. Certamente, meriterebbe più tempo; nel caso della pedofilia, ad esempio, abbiamo avuto bisogno di parecchio tempo per convincere i colleghi a rispondere, ma quel che viene fuori alla fine è nuovo e diverso, e non emerge dalle indagini sociologiche, né dalle statistiche.

MARIO SELLINI, *Segretario generale dell'Associazione unitaria psicologi italiani*. Volevo semplicemente rispondere alla domanda che ci ha rivolto il presidente dopo l'intervento, e cioè cosa pensiamo della collaborazione con il volontariato, domanda che è stata riproposta, successivamente, in altri interventi.

In primo luogo, la legge n. 194 credo che dica già chiaramente che tutto questo è possibile, non solo, ma viene realizzato laddove la realtà sociale consente di operare in questo modo. In realtà sociali dove, però, non esistono queste risorse, diventa pura fantasia operare un'integrazione di questo tipo.

Il volontariato, laddove esiste, credo debba intervenire, anche e soprattutto all'esterno del servizio. Questo perché la donna chiede di interrompere la gravidanza per motivi importanti, in relazione

al suo stato di salute, in relazione alle condizioni economiche, sociali, o familiari.

Le risposte a questo tipo di problematiche non sono risposte che può dare il servizio consultoriale, sono risposte che deve dare il contesto sociale nel quale si opera. Se, però, c'è una riduzione dei servizi sociali nei comuni, nelle realtà locali, per problemi oggettivi, che sono quelli economici, credo che non sia un'operazione corretta riportare queste tematiche all'interno del servizio, solo perché non si riesce a dare risposte fuori da esso. Creeremmo, cioè, un posto dove riportare tutti i problemi, senza risolverne nessuno. Ben venga, quindi, la collaborazione, laddove il volontariato esiste ed esiste bene. Non ci sono preclusioni di nessun tipo.

Non facciamo l'errore, però, di sostituire il consultorio con il volontariato, o di integrare con il volontariato quelle figure professionali o quelle funzioni che la legge attribuisce al consultorio e che questo non presenta: faremmo un'operazione che non risolve i problemi.

PRESIDENTE. Nessuno vuole che il consultorio si faccia carico di questioni che spettano ai comuni, ai servizi sociali o ad altri. Si tratta di aiutarli, eventualmente, anche nell'indirizzo da dare.

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Visti i tempi e le sollecitazioni a chiudere, vorrei essere brevissima, ma sulla linea della propositività. Intanto, l'idea che è stata lanciata del questionario, possibilmente anche congiunto, è da valutare, anche eventualmente insieme ad uno slogan, ad un questionario parlamentare. So che non è possibile; potrebbe essere frutto di un'intesa o di un accordo, ma mi sembra che i tempi dell'indagine siano molto ristretti. Probabilmente si tratterà, se c'è la disponibilità...

PRESIDENTE. Può essere un indirizzo che fornisce l'indagine.

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti*

sociali. La prima fase dell'indagine potrebbe prevedere, se la Commissione è d'accordo, l'invio di un documento.

Per quanto riguarda, invece, il *maquillage* dei consultori, l'appetibilità dei consultori sul territorio...

PRESIDENTE. Il documento sarà pubblicato...

IORELLA CAVA, *Presidente del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Sto dicendo che c'è la necessità, non solo per i consultori ma per qualsiasi attività, di un rinnovo di motivazioni, di un rinnovo organizzativo, di un potenziamento di obiettivi, di tutta una serie di questioni.

Effettivamente, per un bel po' di tempo, si è verificata — ma spero si stia superando — una certa sanitarizzazione dei consultori. Il fatto stesso che l'attività consultoriale sia stata l'ultima ad essere passata dall'ente locale al Servizio sanitario nazionale, la può dire lunga; quindi, c'è anche questo aspetto di cui tener conto. Bisogna considerare, inoltre, che se il consultorio ha lo spirito, la funzione, l'obiettivo di un consultorio, esso deve funzionare da consultorio, altrimenti non lo è, e ci diciamo, con buona pace di tutti, che l'Italia non può consentirsi il sopravvivere dei consultori.

Così, però, non è; poteva probabilmente avviarsi in questo senso, ma c'è stata una iniezione, a nostro parere, di rivitalizzazione, con tutto il fiorire e il potenziale delle cosiddette leggi a progetto, fra cui anche quella sui minori, la legge n. 285. E non è poco importante rilevare che la legge n. 328, che purtroppo presenta luci, ombre, lacune e quant'altro, comunque dà la possibilità, a chi vuole e a chi può, di fare il *maquillage* anche al consultorio, con i piani di zona.

Quello è il luogo principe dove emergono le linee programmatiche sanitarie, le linee programmatiche sociali, si incrociano le risorse e si attiva, anche a livello di programmazione, il volontariato. Secondo noi, quindi, il pensiero di definire ulteriori linee per immettere nuova linfa — vedi i

consultori — potrebbe essere già esistente, già operante, e magari, forse, dare un avvio migliore all'implementazione della legge n. 328.

LUISA SPISNI, *Membro del Consiglio nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali*. Per ciò che riguarda la scarsa affluenza delle donne al consultorio, direi che va dato per scontato che esiste una percentuale di donne che non ricorrono al consultorio perché hanno già le loro idee. Il consultorio, come dice la parola stessa e come deve essere, è un luogo dove si può affrontare un problema che, probabilmente, può avere anche uno svolgimento diverso, proprio perché ci sono tanti interlocutori possibili. Io suppongo, però, che ci sia già un numero di donne che ha le idee chiare, che vanno rispettate.

L'altra questione è quella del *maquillage*. Io credo che il consultorio, in certe realtà, sia rimasto una specie di orfanella con i vestiti un po' logori. In questo caso va sicuramente rivisitato, anche attraverso nuovi strumenti, come Internet e quant'altro. Si tratta semplicemente di volontà politica, e non altro.

Per quanto riguarda il personale, è già stato detto tutto quel che si poteva dire;

aggiungerei che è importante che non venga assolutamente superata l'idea di questo spazio. Il consultorio può essere uno spazio importante per le donne, prima di tutto per quelle che hanno veramente bisogno di potervi accedere e di sentirsi accolte. Non accettiamo, per il solo fatto che ci sono dei problemi, il pensiero che il consultorio non vale. Sicuramente va rivisto, anche perché trent'anni, signori, sono tanti, ed anche perché sono intervenuti fenomeni nuovi e nuove tecnologie che vanno considerate.

PRESIDENTE. A me non rimane che ringraziare tutti gli intervenuti per il contributo offerto e augurare un buon Natale e un felice anno nuovo.

dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 16,20.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 6 febbraio 2006.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

